

Diagnostic

Résultat anatomopathologique d'une biopsie obtenue par endoscopie (standard)

Bilan préthérapeutique

Clinique

Standards :

- interrogatoire dont recherche des antécédents personnels et familiaux (1^{er} degré et < 60 ans) avec évaluation du risque (moyen, élevé, très élevé)
- examen clinique
- toucher rectal

Paraclinique

Standards :

- rectoscopie rigide
- écho-endoscopie rectale
- échographie abdominale ★
- radiographie pulmonaire ★
- coloscopie complète à la recherche de polypes ou d'un 2^{ème} cancer

Options :

- scanner abdominal
- scanner ou IRM du pelvis si grosse tumeur
- dosage de l'ACE (antigène carcino-embryonnaire)

Traitement préopératoire

Cancer non métastatique

us T2 N0 M0 (écho-endoscopie)

Pas de traitement (standard)

Pour les bas rectums : radiothérapie préopératoire ± chimiothérapie concomitante (option) ★

us T3-4 ou N+ M0 (écho-endoscopie)

Radiothérapie externe préopératoire (standard) ★ (délai souhaitable entre la radiothérapie et la chirurgie < 8 semaines)

Radio-chimiothérapie préopératoire (option)

Cancer métastatique d'emblée (métastases synchrones résécables)

Radio-chimiothérapie préopératoire (consensus régional)

Traitement chirurgical

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire pour élaborer la stratégie chirurgicale en fonction des bénéfices, risques et effets secondaires pour le patient (consensus régional)

La stratégie chirurgicale est fonction de la localisation de la tumeur dans le rectum (étages définis par rectoscopie rigide) :

- bas rectum : 0 à 5 cm de la marge anale, ou \leq 2 cm du bord supérieur du sphincter
- moyen rectum : 5 à 10 cm de la marge anale, ou 2 à 7 cm du bord supérieur du sphincter
- haut rectum : 10 à 15 cm de la marge anale, ou \geq 7 cm du bord supérieur du sphincter

Chirurgie de la tumeur

Résection complète du mésorectum de façon circonférentielle jusqu'à 5 cm sous la tumeur (standard)

Curage ganglionnaire mésentérique inférieur (standard)

Exérèse en bloc si tumeur fixée (standard)

Si anastomose colo-anale ou colo-rectale basse : confection d'un réservoir colique pour suppléer à l'absence de réservoir rectal (option)

Stomie de protection pour anastomoses à moins de 5 cm de la marge anale (option)

Identification et préservation des nerfs pelviens si le contexte le permet (consensus régional)

Lavage du moignon rectal avant agrafage mécanique pour éliminer les débris tumoraux libres dans la lumière (consensus régional)

Examen, biopsie ± exérèse de toute lésion suspectée de métastase au niveau du foie, du péritoine, des ovaires et des ganglions rétropéritonéaux (standard)

Si résidu tumoral : mise en place de clips en vue d'une radiothérapie post-opératoire (consensus régional)

Utilisation d'un compte rendu chirurgical standardisé (consensus régional)

Cancers du haut rectum

Exérèse du mésorectum au minimum 5 cm au-dessous de la tumeur (standard)

Rétablissement immédiat de la continuité digestive (standard)

Cancers du moyen rectum

Exérèse totale du mésorectum (standard)

Anastomose colo-anale ou colo-rectale basse (standard)

Cancers du bas rectum

Exérèse totale du mésorectum avec amputation abdomino-périnéale (standard)

Tumorectomie transanale pour tumeur < 3 cm bien différenciée de stade us T1 N0, ou us T2 N0 chez des patients âgés (option)

Résection rectale avec conservation sphinctérienne pour tumeurs de stade us T2 ou T3 (consensus régional)

Cas particuliers

Si métastases hépatiques ou pulmonaires synchrones, chirurgie simultanée ou différée (standard)

Chirurgie laparoscopique uniquement dans le cadre d'une évaluation régionale ou d'un essai national ou international (consensus régional)

Anatomopathologie

Classification

Utilisation de la classification TNM de l'American Joint Committee on Cancer (standard)

Examen d'au moins 12 ganglions (si le nombre examiné est < 12 : 2^{ème} examen macroscopique anatomopathologique)

Compte rendu anatomopathologique

Informations indispensables pour évaluer le pronostic et décider du traitement complémentaire :

- stade TNM
- type histologique et grade
- qualité de l'exérèse (marges circonférentielle et longitudinale)
- nombre de ganglions prélevés et envahis
- facteurs pronostiques secondaires (envahissement vasculaire et nerveux)

Utilisation d'un compte rendu anatomopathologique standardisé (consensus régional) ★

Traitement complémentaire

Cancer non métastatique

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire après chirurgie pour élaborer la stratégie thérapeutique en fonction des bénéfices, risques et effets secondaires pour le patient (consensus régional)

Après exérèse locale (tumorectomie) pour us T1 N0 M0 (écho-endoscopie)

Si pT1 sans facteur pronostique péjoratif confirmé : pas de traitement post-opératoire (standard)

Si pT1 avec facteurs pronostiques péjoratifs (résection incomplète (R1), embols lympho-vasculaires ou tumeur peu différenciée) ou pT2 :

- résection rectale complémentaire (standard)
- radiothérapie ± chimiothérapie (option)

Après exérèse rectale

Si pT3 N0 M0 confirmé :

- pas de traitement complémentaire (option)
- radio-chimiothérapie concomitante si non faite en préopératoire (option)

Si pT4 N0 M0 : radio-chimiothérapie concomitante si non faite en préopératoire (standard)

Si p tout T N1 ou us N+ :

- radio-chimiothérapie concomitante si non faite en préopératoire (standard) ★
- chimiothérapie : 5FU-AF pendant 6 mois (option) ★ (protocole recommandé : LV5-FU2 (consensus régional))

Cancer métastatique d'emblée (métastases synchrones)

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire pour élaborer la stratégie thérapeutique en fonction des bénéfices, risques et effets secondaires pour le patient (consensus régional)

Métastases résécables

Chirurgie rectale (standard)

Exérèse des métastases simultanée ou différée (standard)

Chimiothérapie post-opératoire (option) ★

Métastases non résécables

Pas d'attitude standard

Selon l'état du patient et des symptômes prédominants :

- chirurgie d'exérèse ou de dérivation (option)
- traitement endoscopique palliatif (option)
- chimiothérapie ou radio-chimiothérapie palliative (option)

Surveillance après chirurgie avec intention curative

Standards :

- examen clinique avec toucher rectal tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans
- coloscopie complète dès que possible si coloscopie préopératoire incomplète ou non réalisée, puis à 3 ans, puis tous les 5 ans si normale
- échographie abdominale tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans
- radiographie pulmonaire annuelle pendant 5 ans

Options :

- écho-endoscopie rectale
- rectoscopie rigide
- dosage de l'ACE (antigène carcino-embryonnaire)
- scanner abdomino-pelvien (consensus régional)

Consultation d'oncogénétique chez les sujets à risques très élevés ou jeunes sans antécédents (standard)



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Recommandations régionales

Prise en charge initiale des cancers du rectum

- mai 2003 -

Ce référentiel a été réalisé dans le cadre d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique par un groupe de travail régional pluridisciplinaire.

Le référentiel complet est disponible sur le site internet du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine :

www.canceraquitaine.org

Contacts :

Isabelle CIRILO-CASSAIGNE : Chargée d'études

✉ icirilo@canceraquitaine.org

Suzy VEIGA : Assistante du RCA

✉ sveiga@canceraquitaine.org



★ : recommandations résultant de méta-analyses d'essais comparatifs randomisés, ou résultant d'essais comparatifs randomisés de forte puissance